

健康保険資格喪失証明書

記入例

益城町長 様 労務管理のご担当者様が記入する書類 令和元年 5月 1日

下記の者は、健康保険の資格を喪失したことを証明します

書類作成日の記載を忘れずをお願いします

益城町国民健康保険への
加入手続きや国民年金への
切り替え手続きを行う
ために必要となります。

所在地 益城町大字宮園12345

名称 ○○株式会社

代表者 ○○○○

電話 (○○○) △△△ - □□□□

【担当者氏名 山田太郎】

記

社印

保険者名	全国健康保険協会や 健康保険組合などの名称	○○保険協会	保険者 番号	01234567
被保険者証の 記号・番号	記号 12354 番号 6789	基礎年金 番号	1234 - 567891	
被保険者 住所	益城町大字宮園1234-56			
氏名	続柄	性別	資格喪失年月日	健康保険資格喪失理由
生年月日				
(被保険者) 益城太郎	本人	男	H・R 30.12.1 <input type="checkbox"/> 今回は扶養取消のみ	<input checked="" type="checkbox"/> 退職(H・R 30.11.30) <input type="checkbox"/> 後期該当 <input type="checkbox"/> その他()
S・H・R 00年00月00日		女		
(被扶養者) 益城花子	妻	男	H・R 30.12.1	<input checked="" type="checkbox"/> 扶養取消 <input type="checkbox"/> 後期該当 <input type="checkbox"/> その他()
S・H・R 00年00月00日		女		
(被扶養者) 益城一郎	子	男	H・R 30.12.1	<input checked="" type="checkbox"/> 扶養取消 <input type="checkbox"/> 後期該当 <input type="checkbox"/> その他()
S・H・R 00年00月00日		女		
(被扶養者)				<input type="checkbox"/> 扶養取消
S	●被保険者とは、社員本人のことであり、被扶養者とは、被保険者に扶養されているご家族のことです。			
(●被保険者の退職を伴わないときで、被扶養者のみ扶養認定取り消しされる場合でも被保険者欄から記入してください。			
S	その場合、被保険者の資格喪失年月日欄の□に✓を入れてください。			

※ 保険者または事業主に証明を受けてください。 ※被保険者の欄は、いずれの場合も記入する。

※ 退職の場合、資格喪失年月日は、退職年月日の翌日となります。

※ 被扶養者の資格喪失がある場合、被扶養者欄の記入が必要です（扶養認定取消の場合を含む）。

※ 保険者または事業主が記入してください。